

# RÉVOCACTION DÉCLARATION MÉDECIN RÉFÉRENT D'UN COMMUN ACCORD

(Art. 19bis du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT: Inscrire les nom, prénom(s) et adresse en majuscules  
Inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

## Identification de la personne protégée

### Personne protégée

Nom	<input type="text"/>	Numéro d'identification:	<input type="text"/>
<i>(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)</i>			
Prénom(s)	<input type="text"/>		
Adresse de correspondance(*)			
<i>(Rue)</i>	<input type="text"/>	<i>(N°)</i>	<input type="text"/>
<i>(Pays)</i>	<input type="text"/>	<i>(CP)</i>	<input type="text"/>
		<i>(Localité)</i>	<input type="text"/>

### Représentant légal de la personne protégée ou une personne dûment habilitée

*(pièces justificatives à joindre si divergente de la déclaration initiale) (\*)*

Nom	<input type="text"/>	Numéro d'identification:	<input type="text"/>
<i>(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)</i>			
Prénom(s)	<input type="text"/>		
Adresse de correspondance(*)			
<i>(Rue)</i>	<input type="text"/>	<i>(N°)</i>	<input type="text"/>
<i>(Pays)</i>	<input type="text"/>	<i>(CP)</i>	<input type="text"/>
		<i>(Localité)</i>	<input type="text"/>

## Identification du médecin référent

Nom	<input type="text"/>	Code médecin:	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>		

Numéro de la déclaration    D M R

Date	Personne protégée (ou représentant légal)	Médecin référent
<input type="text"/>	Signature	Signature et cachet

La révocation dûment remplie et signée est à notifier dans les meilleurs délais par le médecin référent à la CNS

- par courrier: CNS - Service médecin référent - L-2977 LUXEMBOURG
- par fax: 2757-4600
- par e-mail: mr.cns@secu.lu



Réinitialiser

Imprimer

(\*) optionnel